

## Solicitud de inscripción del paciente

Bienvenido a Good Days, una organización sin fines de lucro con programas de asistencia financiera que ayudan a miles de personas con enfermedades que alteran la vida a tener la oportunidad de obtener los medicamentos necesarios para mejorar su calidad de vida.

Para iniciar el proceso de solicitar la asistencia financiera, por favor complete la solicitud anexa y regrésela a Good Days, junto con copias de sus credenciales de seguro médico. Las solicitudes completadas pueden ser enviadas por correo postal o fax.

En cuanto se reciba su solicitud completada, Good Days determinará si usted reúne los requisitos para asistencia financiera, basado en los Lineamientos del Programa y sujeto a la disponibilidad de fondos. Para verificar el tamaño del hogar y el ingreso familiar, la fundación Good Days completa una verificación de crédito blando con un proveedor de terceros con el fin de determinar la elegibilidad. Este pedido sólo puede ser visto por usted (el paciente) en su historial de crédito y no afectará su calificación de crédito. Le informaremos a usted y/o a su proveedor de medicamentos el resultado final.

**Si usted reúne los requisitos de participación y hay fondos disponibles**, le brindaremos ayuda financiera por el resto del año natural. También le daremos un nombre de usuario y una contraseña para que pueda acceder libremente a nuestro portal de manejo de terapia en <https://patientsandpros.MyGoodDays.org>.

Por favor comprenda que todas las autorizaciones están basadas en la disponibilidad de fondos y son aprobadas por orden de llegada. **El mandar su solicitud no garantiza que recibirá fondos.**

Por favor llámenos sin costo al (877) 968-7233 si tiene alguna pregunta o necesita ayuda llenando los siguientes formularios de inscripción.

Atentamente,

Good Days

*Una organización sin fines de lucro*



## Documentación requerida y opciones de envío

### Documentación requerida

1. Páginas 3-5 firmadas y fechadas según proceda junto con copias de documentación de ingresos en el hogar.
2. Una copia del frente y del reverso de las credenciales del seguro médico del paciente.
3. Verificación de Ingresos: La fundación Good Days y sus agentes autorizados de terceros utilizará su información demográfica, incluyendo pero no limitado a, número de seguro social, fecha de nacimiento, el nombre y / o dirección, según sea necesario para tener acceso a su información de crédito y la información derivada a partir de fuentes públicas y otros para estimar sus ingresos en relación con el proceso de determinación de elegibilidad. En cuanto a la verificación de crédito blando, esto no afecta su calificación de crédito. Good Days y sus agentes autorizados de terceras partes se reservan el derecho de solicitar documentos adicionales e información en cualquier momento.

### Opciones de Envío

1. FAX: (214) 570-3621
2. CORREO: Good Days  
Attn: Enrollment  
6900 Dallas Parkway, Ste. # 200  
Plano, TX 75024



Por favor revise la información de inscripción que se muestra abajo. Complete el formulario llenando la información faltante. Haga cualquier corrección necesaria escribiendo junto a la información provista.

Fecha: <Today's Date>	¿Cuánto puede pagar por su medicamento? <i>Usted puede ser responsable por los gastos restantes que Good Days no cubra.</i>	
ID:		
<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>		
Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	
Contacto alternativo:	Parentesco:	
Dirección de correo:	Teléfono casa:	
	Celular:	
	Teléfono trabajo:	
	Ext:	
Correo electrónico:		
<b>INFORMACIÓN DE INGRESOS</b>		
Ingreso anual del hogar:	Número de habitantes en el hogar:	
<b>INFORMACIÓN DEL MÉDICO</b>		
Nombre del médico:	Teléfono del médico:	
Dirección de oficina: <i>(si conocido)</i>	NPI del médico:	
<b>INFORMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO</b>		
Diagnóstico:		
Medicamento:		
Farmacia:	Dirección de Farmacia o Teléfono: <i>(si conocido)</i>	
<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO PRINCIPAL</b>		
Nombre del seguro:		
ID#:	# de Grupo:	Teléfono:
<b>INFORMACIÓN DE TARJETA DE MEDICAMENTOS</b>		
Nombre del seguro:	ID#	
BIN	PCN:	Teléfono:
¿Este plan de seguro está financiado por Medicare o fondos federales o estatales? <b>Sí No</b> <i>(marque con un círculo la respuesta)</i>		

**\*\*\*\*ESTA PÁGINA SE DEBE DEVOLVER\*\*\*\***

6900 Dallas Parkway, Suite 200, Plano, TX 75024  
877-968-7233 • Fax 214-570-3621 • [www.mygooddays.org](http://www.mygooddays.org)

Datos privados y confidenciales



## \*Diagnósticos de cáncer metastásico:

Para participantes de un fondo de cáncer metastásico: Si su médico le ha recetado un medicamento para tratar su cáncer metastásico que no forma parte del formulario de Good Days por favor comuníquese con nosotros. Es posible que podamos cubrir los gastos del medicamento recetado si recibimos documentación adicional mostrando que el medicamento cumple los criterios. Para nuestros fondos de cáncer metastásico, Good Days cubrirá todos los medicamentos aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) para el tratamiento del tipo de cáncer que es la base del fondo al cual usted ha sido aceptado. Por ejemplo, si usted tiene cáncer de mama metastásico, Good Days cubrirá todos los medicamentos aprobados por la FDA para tratar cáncer de mama, y no sólo los que la FDA aprueba expresamente para la etapa metastásica del cáncer de mama.

## Declaración:

Usted declara y certifica ante Good Days y sus agentes que la información proporcionada en su solicitud es completa y precisa. Usted entiende y da su consentimiento para que su información financiera reportada sea verificada por una auditoría según Good Days lo considere necesario. Good Days y sus agentes terceros autorizados, tales como las compañías de monitoreo de crédito, pueden usar su información demográfica, incluyendo entre otros, su número de seguro social, fecha de nacimiento, nombre y dirección para calcular sus ingresos en conjunto con el proceso de elegibilidad. Usted entiende que Good Days, y sus agentes terceros autorizados, se reservan el derecho de solicitar documentos e información adicionales en cualquier momento. Como se trata de un estudio de crédito superficial, su puntuación de crédito no se verá afectada.

Además, entiende que cualquier información falsa o incompleta proporcionada por usted a Good Days podría perjudicar en gran medida su proceso de solicitud, a Good Days, su reputación y su estado de exención de impuestos. Usted también entiende que cualquier ayuda financiera proporcionada a usted por Good Days puede ser recuperada, si Good Days tiene conocimiento de cualquier información incorrecta o actividad fraudulenta relacionada con su solicitud o la asistencia que se le proporciona. Usted comprende que es libre de cambiar en cualquier momento de proveedores, médicos, suministradores o tratamientos para su diagnóstico dentro del formulario del Good Days sin perjudicar su oportunidad de participación para seguir recibiendo asistencia. Usted entiende que no se le garantiza ni se le promete asistencia. Cualquier asistencia que Good Days pueda proporcionar está limitada a los términos y condiciones establecidos por Good Days. Good Days se reserva el derecho en cualquier momento, y por cualquier motivo sin previo aviso, a modificar los criterios de elegibilidad o modificar o interrumpir cualquier asistencia.

## Limitación de responsabilidad:

Usted acepta que Good Days, nuestros patrocinadores, y nuestros donadores no son responsables de cualquier daño de cualquier tipo, sin limitación, resultante de o en conexión con que usted reciba asistencia financiera, exención de copago, u otros beneficios o servicios adicionales brindados como parte de este programa.

## Certificación del paciente:

Usted acepta ser totalmente responsable en tomar el medicamento por el cual está recibiendo ayuda financiera de acuerdo a las instrucciones del médico. Al firmar abajo usted acepta que ha leído, comprendido y está de acuerdo en adherirse a las declaraciones anteriores.

---

Firma de la Persona o del representante de la Persona

---

Fecha

---

Escriba el nombre del representante de la Persona: (Si aplica)

---

Representante Autorizado o Autoridad para Actuar (Si aplica)

**\*\*\*\*ESTA PÁGINA SE DEBE DEVOLVER\*\*\*\***

6900 Dallas Parkway, Suite 200, Plano, TX 75024  
877-968-7233 • Fax 214-570-3621 • [www.mygooddays.org](http://www.mygooddays.org)  
Datos privados y confidenciales



**Términos del consentimiento relativo a la divulgación de su información personal:**

Para que reciba asistencia a través de Good Days, usted autoriza a sus médicos, farmacias y compañías de seguros a divulgar su información personal a Good Days y a sus contratistas, empleados, agentes y otros representantes. Además, autoriza a Good Days a utilizar y divulgar su información personal a agentes de Good Days, terceros que actúen en su nombre, compañías de monitoreo de crédito o a cualquiera de sus proveedores de atención médica.

Su información personal puede incluir, entre otros, su nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento, número de seguro social, estado y números del seguro, cantidad de asistencia financiera asignada y entregada, información de diagnóstico e información de tratamiento.

Usted acepta la divulgación de su información personal para los siguientes propósitos: (i) para permitir que Good Days determine si es elegible y califica para asistencia financiera para cualquier medicamento; (ii) para permitir que Good Days le brinde asistencia financiera para su(s) medicamento(s); (iii) para referirlo o determinar su elegibilidad para otros programas, fundaciones o fuentes alternativas de fondos o cobertura para sus costos, productos y servicios de atención médica; (iv) para facilitar la auditoría o evaluación de las operaciones de Good Days; y (v) para permitir que Good Days administre sus programas de asistencia al paciente.

Usted entiende que su información personal que es divulgada puede ser divulgada nuevamente por el receptor y ya no estará protegida por las normas y leyes federales o estatales de privacidad. Usted acepta que Good Days vuelva a validar su información personal. Usted acepta que Good Days divulgue por medios electrónicos su información personal a terceros según lo permita o exija la ley.

Usted puede revocar este consentimiento en cualquier momento mediante el envío de una carta de revocación firmada al encargado de la privacidad de Good Days, a la siguiente dirección: Privacy Officer, 6900 Dallas Parkway, Suite 200, Plano, TX 75024 o por fax al siguiente número de fax: (214) 570-3636. La revocación de este consentimiento no tendrá ningún efecto para las acciones que Good Days haya tomado conforme al consentimiento antes de que recibiera notificación de su revocación. Si revoca este consentimiento, no podrá recibir asistencia futura a través de Good Days. Sin embargo, sus proveedores de atención médica y compañías de seguros que correspondan, que divulgan la información a Good Days, no pueden condicionar el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios a que si la persona firma este consentimiento.

Este consentimiento caduca seis años después de la fecha en que recibió la última asistencia de Good Days, si no se revoca antes.

Firma de la Persona o del representante de la Persona

Fecha

Escriba el nombre del representante de la Persona: (Si aplica)

Representante Autorizado o Autoridad para Actuar (Si aplica)

**\*\*\*\*ESTA PÁGINA SE DEBE DEVOLVER\*\*\*\***

**VISITE LA PAGINA [WWW.MYGOODDAYS.ORG/APPLY](http://WWW.MYGOODDAYS.ORG/APPLY) PARA IMPRIMIR UNA COPIA DEL CONSENTIMIENTO**

6900 Dallas Parkway, Suite 200, Plano, TX 75024  
877-968-7233 • Fax 214-570-3621 • [www.mygooddays.org](http://www.mygooddays.org)  
Datos privados y confidenciales